



FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

PERISCOLAIRE

Classe :

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date & lieu de naissance :	

ASSURANCE	
Assureur :	
Numéro :	

RESPONSABLE LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Vie maritale / Pacs (entourez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Vie maritale / Pacs (entourez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Tél Pro. :	Tél Pro. :

Autres contacts	
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Grands-parents / Voisins / Autre	Type : Grands-parents / Voisins / Autre
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Date de naissance :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON (entourez)	Appel en cas d'urgence : OUI / NON (entourez)
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON (entourez)	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON (entourez)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur de la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre avec cette fiche).	Réponse OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	OUI / NON
Appareillage	
Lunettes : Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	Réponse OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ?	OUI / NON
Handicap	
Handicap : Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	Réponse OUI / NON
Données complémentaires	

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies	Pratiques Alimentaires

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- **ATTESTATION ASSURANCE PERISCOLAIRE (valide jusqu'au : 31/08/2025)**
- **FICHE SANITAIRE (valide jusqu'au : 31/08/2025)**
- **CARNET DE VACCINATION A JOUR**

ATTESTATION

Soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement